

Année 1889

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 janvier 1889, à 1 heure

Par HENRI PÉLISSIE

Né à Luzech (Lot), le 8 Octobre 1860

LE

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE PROGRESSIF
CHEZ L'ENFANT

Président : M. GRANCHER, professeur.

Juges { MM. DUPLAY, professeur.
DEBOVE et SCHWARTZ, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1889

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL.
Professeurs. MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	DIEULAFOY.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE.
	CORNIL.
Anatomie pathologique.....	MATHIAS DUVAL.
Histologie.....	DUPLAY.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
	POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
	{ VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique.....	N...
Clinique d'accouchements.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	ROBIN (Albert)
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR E. PÉLISSÉ

Mon premier maître, dont je m'efforcerai d'imiter le zèle et le désintéressement qu'il n'a cessé de montrer dans sa longue carrière.

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MES CHÈRES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE DESGRANGES

Professeur de l'Université

A MES PARENTS, A MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRANCHER

Professeur de clinique des Maladies des Enfants
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur

LE
RHUMATISME ARTICULAIRE
CHRONIQUE PROGRESSIF
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Les ouvrages et les monographies publiés sur le rhumatisme chronique de l'adulte et du vieillard sont fort nombreux, mais en les parcourant on est surpris d'en trouver si peu qui consacrent un chapitre à l'étude de cette maladie chez l'enfant qui n'en est pourtant pas complètement à l'abri.

Pour peu qu'on examine les causes étiologiques du rhumatisme chronique chez l'adulte, il est facile de voir que l'enfant pas plus que ce dernier, surtout dans une certaine classe de la société n'a de chance de se soustraire à ces influences nocives.

En effet, et nous le disons plus loin, les causes de cette maladie résident dans les agents extérieurs dont l'action se fait principalement sentir sur l'organisme dans le jeune âge. L'activité fonctionnelle est nécessairement très grande au début de la vie pour permettre à l'enfant d'acquérir son complet développement ; mais si pendant cette évolution l'activité du travail physiologique est troublée, ou si même elle est déviée de sa direction (hypertrophie du cœur, croissance exagérée, etc.), cette perturbation affaiblira l'enfant et préparera ainsi des portes d'entrée à la maladie.

Si on joint à cette faiblesse, qu'on pourrait appeler physiologique puisqu'elle résulte de l'état naturel de l'organisme, des causes diathésiques et particulièrement des causes antihygiéniques si puissantes dans l'enfance, il ne faudra pas s'étonner que l'enfant soit frappé aussi bien que l'adulte puisque n'étant pas arrivé à son complet développement il sera moins apte à résister aux causes morbifiques et à réagir efficacement contre elles.

Ces considérations de pathologie générale s'appliquent plus spécialement au rhumatisme comme on le verra dans l'exposé étiologique.

Nous avons eu, durant le cours de cette année, l'occasion d'observer de petites malades atteintes de rhumatisme chronique à l'hôpital des Enfants et comme nous avons constaté que cette question était à peine traitée dans les ouvrages de pathologie infantile nous avons eu l'idée de recueillir ces observations et de faire de leur étude le sujet de notre thèse inaugurale.

C'est seulement les sujets de moins de quinze ans qui

nous occuperont dans ce travail. Après quelques mots d'historique nous présenterons aussi complètement que nous le permettront les faits observés par nous, le tableau clinique du rhumatisme articulaire chronique dans l'enfance ; nous espérons ainsi ne pas nous exposer à des assertions douteuses ou hasardées.

N'ayant pas eu l'occasion de pratiquer d'autopsie d'enfant mort dans le cours d'un rhumatisme chronique, et n'ayant trouvé aucun fait rapporté dans la littérature médicale qui ait trait à cette question nous serons bien forcé de laisser de côté le chapitre de l'anatomie pathologique. Du reste rien ne nous fait supposer qu'il y ait sur ce point des différences bien marquées avec ce qu'on trouve dans les autopsies d'adultes, puisque, du moins en ce qui concerne les altérations anatomiques des maladies aiguës on les trouve d'ordinaire identiques ou analogues chez les enfants et les adultes.

On pourrait néanmoins faire une objection dans le cas particulier basée sur l'incomplet développement du tissu osseux dans les premières années de la vie et se demander si cet état physiologique n'a pas une influence marquée sur les lésions anatomiques du rhumatisme : il y aurait peut-être là un point intéressant à étudier ; nous n'avons aucune donnée qui nous permette d'aborder cette discussion ; c'est simplement une question que nous posons sans la résoudre.

Nous terminerons en donnant les observations qui ont servi de base à ce travail.

Mais d'abord nous sommes heureux de remercier ici tous ceux qui nous ont aidé de leur concours et notam-

ment M. Louis Guinon interne des Enfants-Malades pour les utiles conseils qu'il nous a donnés au cours de nos études. M. le professeur agrégé Ollivier a bien voulu nous permettre de recueillir dans son service et de publier l'observation d'une de ses malades nous lui en exprimons toute notre gratitude. M. le Prof, Grancher nous a communiqué une observation fort intéressante que nous rapportons plus loin ; il a bien voulu aussi accepter la présidence de cette thèse, nous ne saurions trop le remercier de son extrême bienveillance.

HISTORIQUE

Malgré les travaux de Sydenham le rhumatisme chronique est resté jusqu'au commencement de ce siècle une maladie mal connue et que l'on confondait surtout avec la goutte.

Dans sa thèse de l'an VIII Landré-Beauvais le premier essaya de le séparer de celle-ci sans toutefois être absolument affirmatif sur ce point. Un nombre considérable de travaux ont été faits depuis ; nous ne les énumérerons pas ce serait inutile et fastidieux, nous renvoyons pour les plus importants à notre index bibliographique. Disons seulement que c'est surtout aux leçons de M. Charcot, sur les maladies des vieillards en 1868, que nous devons de mieux connaître aujourd'hui le rhumatisme chronique.

Ce qui a été fait pour le vieillard a été complètement délaissé pour l'enfant et pas un auteur ancien ne s'est occupé d'aucune forme du rhumatisme soit aigu soit chronique dans l'enfance. Quelques observations publiées et une monographie ont bien signalé l'existence de cette maladie dans les premières années de la vie, mais l'histoire n'en remonte pas à plus de 25 ans, époque à laquelle M. Cornil publia le premier cas connu en France.

En 1865, M. Bouchut dans une de ses cliniques de

L'hôpital des Enfants-Malades dit que c'est une erreur de croire le rhumatisme très rare chez l'enfant. « On le voit, dit-il, quelquefois succéder à l'aigu directement et prendre souvent même la forme noueuse. J'ai vu déjà plusieurs enfants qui sont devenus perclus de toutes leurs jointures ; j'en ai rencontré deux exemples très beaux, l'un en ville, l'autre à Sainte-Eugénie, où presque toutes les jointures étaient devenues ankylosées et noueuses. » Malheureusement ces observations n'ont pas été publiées.

Depuis, à part le travail de Moncorvo en 1878, traduit par M. Mauriac en 1880 et la thèse de M. Lacaze-Dori en 1882, on ne retrouve que quelques cas consignés dans les revues.

Dans son livre, Hénoc cite trois cas de rhumatisme chronique chez les enfants, dans le premier il s'agit d'un garçon de 13 ans qui souffrait depuis 6 ans de douleurs articulaires dans les mains et les pieds ; il présentait des nouures sur les jointures du pouce gauche ainsi qu'à l'index et au médius, à droite les lésions sont les mêmes, mais moins prononcées.

En 1887, M. Grancher fit une clinique sur ce sujet.

Le travail de M. Moncorvo n'est pas limité au rhumatisme chronique seul, et l'auteur a passé en revue quelques points particuliers du rhumatisme aigu chez l'enfant ; il ne s'est donc pas complètement renfermé dans la question que nous nous proposons de traiter.

Signalons, en terminant, les leçons de thérapeutique infantile de M. Jules Simon qui, en 1883, a bien fait connaître l'emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique des enfants.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les rapports entre les causes et les effets sont souvent différents en médecine parce que l'organisme ne réagit pas de la même façon chez tous les sujets. Il suit de là que souvent l'étiologie est incertaine surtout en ce qui concerne les maladies aiguës, mais pour ce qui est des maladies chroniques on sait qu'on peut souvent incriminer le tempérament du malade, l'hérédité ou les troubles survenus dans les fonctions nutritives.

Cependant pour le rhumatisme chronique les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur l'importance à donner aux conditions que l'on accuse de le produire. Il en est ainsi, sans doute parce que les causes agissent sur l'organisme d'une manière lente, insidieuse et prolongée qui n'arrête pas tout d'abord l'attention de l'observateur, ou bien parce que le malade n'étant déjà plus soumis à l'influence de ces causes n'en tient pas compte et ne les accuse pas au médecin. Mais par l'observation on arrive bientôt à démêler les points obscurs de ces conditions qu'on a justement appelées causes éloignées des maladies puisque comme l'a fait remarquer M. le Prof. Charcot pour le rhumatisme, souvent les manifestations articulaires ne se développent que trois ou quatre ans après la cessation de la cause.

Et d'abord quelle est la fréquence du rhumatisme articulaire chronique dans l'enfance ?

Il est malaisé de répondre d'une façon précise car cette affection a été mal étudiée chez l'enfant et que même en ce qui concerne l'adulte les statistiques sont peu explicites parce qu'elles ne spécifient pas suffisamment à quelle forme de rhumatisme on a eu affaire. Mais si nous ne pouvons dire exactement dans quelles proportions il se produit nous pouvons affirmer qu'il n'est pas commun dans les premières années de la vie, quoique n'étant connu que depuis une époque relativement peu éloignée, il n'est pas douteux que le rhumatisme ait toujours existé comme en font foi les pièces du musée de Naples retrouvées dans les fouilles de Pompéi.

La maladie se montre le plus généralement de 20 à 60 ans, mais elle est moins rare avant quinze ans que ne le laisserait supposer la lecture des auteurs, nous croyons qu'elle a été moins recherchée à cette époque de la vie. Nous avons trouvé deux cas de rhumatisme articulaire aigu chez des nouveau-nés (Schæffer. *Berliner Klin. Wochens.*, 1886), mais la forme chronique n'a pas été signalée avant l'âge de deux ans. Dans notre relevé nous les trouvons à toutes les années à partir de cet âge :

Deux cas à.....	2 ans
Un cas à.....	3 —
Trois cas à.....	4 —
Un cas à.....	6 —
Deux cas à.....	7 —
Un cas à.....	8 —

Un cas à.....	9 ans
Deux cas à.....	10 —
Deux cas à.....	12 —
Deux cas à.....	13 —

quatre fois l'âge n'est pas noté dans les observations.

Cruveilhier avait appelé cette maladie la *goutte des femmes* à cause de la plus grande fréquence chez ces dernières ; ce qui est vrai pour l'adulte se retrouve à peu près dans les mêmes proportions dans l'enfance. Quant à nous, nous ne l'avons jamais observé chez les garçons et tandis que nous le relevons *quinze* fois chez des filles nous ne le trouvons que *quatre* fois chez des garçons.

Si on a pu expliquer cette différence par les conditions sociales de la vie à l'âge adulte et accuser la moins grande résistance physiologique de la femme, ces considérations ne peuvent entrer ici en ligne de compte parce qu'à l'âge dont nous nous occupons, ces différences n'existent pas encore. Ainsi on a remarqué que c'est à l'âge de la ménopause que le rhumatisme chronique se montrait de préférence ; d'autres ont accusé la chlorose d'être une cause provocatrice de son apparition ; mais chez nos malades nous ne pouvons pas nous arrêter à ces considérations, la chlorose n'existant pas avant la menstruation et nos malades étant toutes des enfants non encore réglées.

Bazin a dit que le tempérament avait une influence sur la production des maladies chroniques, peut-être faut-il admettre avec lui que le tempérament nerveux prédispose aux névralgies, aux migraines et aux autres

manifestations arthritiques, toutes maladies assez fréquentes chez la femme.

Dans son article du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, M. Besnier accorde une grande place à l'hérédité dans la production du rhumatisme, « ce que l'on pourrait, dit-il, appeler la disposition arthritique dans son idée la plus compréhensive, apparaît ici dans toute son évidence par la multiplicité des formes qui peuvent émaner des ascendants ». Fuller a trouvé l'hérédité dans 30 0/0 des cas; il croit que les enfants des gouteux sont des rhumatisants. Piorry a nié l'hérédité dans le rhumatisme; il est incontestable qu'il peut dans toutes ses formes être une affection héréditaire, mais nous n'avons pas de données certaines qui nous permettent de dire dans quelle mesure se fait sentir l'influence de l'hérédité. En ce qui concerne nos malades, et tout en ne repoussant pas complètement l'hérédité nous devons à la vérité de dire que nous ne l'avons jamais trouvée bien nettement établie et qu'elle ne saurait ici être mise au premier rang des causes étiologiques.

Du reste, pour donner à l'hérédité toute la valeur qu'elle doit avoir nous croyons qu'il faudrait la rechercher en remontant bien loin dans les ascendants et les collatéraux et chacun sait combien est difficile à faire cette enquête des maladies dans les familles de pauvres gens dont les membres dispersés de bonne heure par la nécessité connaissent mal leurs antécédents héréditaires pathologiques. D'ailleurs ces renseignements même ainsi recueillis sont insuffisants, car en admettant que les parents fussent des rhumati-

sants on ne sait pas de quelle forme de rhumatisme il s'agissait (aigu, chronique, articulaire ou non). Il est plus facile de rechercher l'hérédité directe, aussi l'avons-nous fait chaque fois sans obtenir non plus de ce côté des résultats bien probants. Il se passe ici peut-être ce qu'on voit pour d'autres maladies chroniques, l'obésité et la gravelle par exemple et qui sont reconnues héréditaires par tout le monde. Dans ces maladies, comme le fait remarquer M. Bouchard, on ne trouve pas toujours l'hérédité vraie, c'est-à-dire cette transmission d'une espèce morbide des parents conservant ses caractères spécifiques chez l'enfant, mais seulement une hérédité de la disposition morbide. Il n'est pas exceptionnel de voir un enfant frappé avant son père d'une manifestation diathésique que celui-ci subira à son tour. Ces faits expliqueraient que l'hérédité ne se montrant pas toujours nettement put, dans quelques circonstances, passer inaperçue. Comme on le verra plus loin, la mère d'une de nos malades a présenté des nodosités d'Héberden bien après que la forme noueuse eut commencé chez sa fille.

En résumé nous ne pouvons admettre comme un fait démontré l'hérédité rhumatismale.

C'est une autre cause, bien banale il est vrai, mais admise par tous, qui doit occuper le premier rang dans le cadre étiologique du rhumatisme, nous voulons parler de l'action prolongée du froid humide; toujours nous avons cherché cette influence et jamais elle ne nous a fait défaut.

M. Mathieu qui a observé les jeunes sujets à la cam-

pagne a remarqué que souvent le mal se montre chez les meuniers qui habitent dans le fond des vallées encaissées au milieu du brouillard, dans des maisons où l'on est toujours exposé à l'humidité, et il pense que cette cause prolongée a une action évidente sur l'apparition précoce du rhumatisme.

Tantôt il faut incriminer l'habitation, tantôt le climat ; une de nos malades couchait dans un lit adossé à un mur qui séparait la chambre d'un lavoir ; une autre couchait par terre sur un simple matelas au rez-de-chaussée ; une troisième habitait un pays humide et marécageux.

La climatologie médicale n'est pas faite encore d'une façon assez complète pour qu'elle puisse fournir des données certaines sur la distribution des maladies, cependant dans le cas particulier nous savons que le climat a une influence, tandis que dans les pays tempérés la maladie est fréquente, elle se rencontre exceptionnellement dans les climats excessifs ; en Angleterre les cas sont plus nombreux qu'en France. M. Brassac, médecin en chef de la marine nous a dit avoir vu assez souvent des cas de rhumatisme chronique chez les enfants aux Indes, à la Nouvelle-Calédonie et aux Antilles, dans les lieux élevés et humides. Il a observé chez un grand nombre des déformations articulaires irrémédiables ; pour lui la maladie est plus fréquente dans ces pays qu'en Europe en raison de la susceptibilité spéciale des habitants à l'action du froid.

Une autre cause se trouve dans les conditions d'existence du sujet chez l'adulte et le vieillard ; le rhumatisme est la maladie du pauvre et c'est à la Salpêtrière et dans

les workhouses de Londres qu'on trouve le plus de ces malades. Ce fait se retrouve dans les cas observés par nous ; nous voyons que les enfants ont été mal nourris, ou ont subi des privations précisément à une époque où les soins et une alimentation suffisante sont si nécessaires. Nous avons noté que douze fois sur quinze les enfants atteints de rhumatisme appartenaient à la classe pauvre.

Quelques autres conditions étiologiques qui ont été justement accusées de produire le rhumatisme chez l'adulte ne doivent pas ici nous arrêter, ainsi l'alcoolisme, les excès vénériens ; mais il nous reste à parler du traumatisme.

On sait depuis les travaux du Prof. Verneuil, que le traumatisme peut provoquer la manifestation de la diathèse ; il crée un point de moindre résistance qui sera très favorable au développement du produit morbifique ; en un mot le traumatisme ne crée pas la diathèse il la réveille. M. le Prof. Charcot a cité des cas de rhumatisme nouveau survenus à la suite de coups et dans lesquels la maladie s'est localisée dans l'articulation la plus voisine du point lésé. M. Mollière (de Lyon) rapporte l'histoire d'une femme de 29 ans qui, à l'âge de 12 ans, ayant fait une chute sur le genou vit se développer une arthrite chronique qui récidiva depuis très souvent ; dans une de nos observations le fait est accusé aussi.

En somme, ce sont les mauvaises conditions hygiéniques et la misère qui provoquent généralement l'apparition du rhumatisme ; moins la force de résistance de l'économie est prononcée, plus les influences morbifiques ont de prise sur elle.

Les circonstances étiologiques et les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique n'en éclairent pas beaucoup la pathogénie. Quant à la question de savoir si cette affection est ou n'est pas de nature rhumatismale, nous croyons que les travaux de MM. Besnier et Charcot ont suffisamment tranché la question du côté de l'affirmative pour qu'il soit inutile d'entrer ici dans cette discussion. Nous dirons seulement que l'on voit la forme chronique succéder à la forme aiguë, que les lésions anatomiques sont les mêmes, sauf que dans la forme chronique, elles indiquent une phase plus avancée dans le travail morbide. Cette analogie se retrouve aussi dans la marche des deux formes de la maladie.

M. Rendu, dans l'article *Goutte* du *Dictionnaire de Dechambre* dit à ce propos : « Tandis que pour Charcot et Besnier, le rhumatisme rentre manifestement dans le cadre des affections rhumatismales, pour Garrod et Fuller il s'en sépare complètement et forme une entité morbide spéciale. Les conditions étiologiques de cette affection ne conduisent pas en général à des résultats très nets et quelques arguments semblent confirmatifs de l'opinion de Garrod. L'enquête à laquelle nous nous livrons depuis plus de quatre ans, nous a conduit à cette conviction que l'arthrite noueuse fait véritablement partie du groupe des maladies rhumatismales ».

On s'est demandé si le rhumatisme ne pourrait pas entrer dans le cadre des maladies névrotrophiques et M. Bouchard a posé la question en s'appuyant sur ce que les lésions sont symétriques, régulières dans leur marche, qu'elles commencent par les petites articulations pour se

diriger vers les grandes. Il a fait remarquer que la raréfaction du tissu osseux existait là, comme dans certains états paralytiques ; que les atrophies musculaires se font par groupes délimités et non au hasard. Comme du reste le reconnaît M. le professeur Bouchard dans ses *Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition*, la question n'est pas résolue par ces arguments.

En effet, la maladie n'affecte pas toujours cette marche régulière qui est la plus commune, et d'ailleurs, la nature rhumatismale de l'affection n'empêche pas d'admettre la participation du système nerveux dans sa production et nous dirons avec Vulpian que l'affaiblissement ou l'exaltation de l'influence trophique est une cause qui, avec celles que nous avons énumérées plus haut, prédispose au développement de la maladie.

L'année dernière, MM. Pitres et Vaillard signalèrent à la Société de biologie, l'existence de névrites périphériques chez des sujets atteints de rhumatisme chronique osseux.

Si, comme dit Juhel-Rénay, « l'esprit ne peut se défendre en présence de ces contractures irrémédiables, de cette atrophie colossale, de cette impotence qu'expliquent trop bien d'aussi épouvantables lésions, de localiser dans la moelle, le siège de la lésion créatrice » il faut savoir résister à l'entraînement et savoir attendre des preuves plus concluantes encore pour affirmer que l'élément nerveux joue un rôle aussi actif dans l'évolution du rhumatisme.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans le rhumatisme chronique, comme dit Gueneau de Mussy, les contours nets et arrêtés des formes morbides adoptées par les nosologistes s'effacent et se dérobent sans cesse devant le clinicien. « Le génie de la maladie est essentiellement chronique, la diathèse dont elle est l'expression y présente une activité continue qui s'apaise incomplètement sans s'arrêter, s'affaiblit sans s'épuiser ; dont l'évolution des phénomènes morbides revêtent l'apparence de l'acuité, plutôt subaigus que franchement aigus. »

Les formes du rhumatisme chronique paraissent d'abord si distinctes les unes des autres qu'il ne faut pas s'étonner de la confusion qui a régné si longtemps dans les descriptions des auteurs et des dénominations si nombreuses qu'on leur a données. Se basant sur l'anatomie pathologique et l'étude des symptômes M. le Prof. Charcot est arrivé à démêler trois formes bien tranchées dans le rhumatisme, ce sont :

- I. Le rhumatisme articulaire chronique progressif ;
- II. Le rhumatisme articulaire chronique partiel ;
- III. Les nodosités d'Héberden.

M. le Prof. Jaccoud a décrit une quatrième forme qu'il a appelée le rhumatisme fibreux.

La lecture de nos observations fera voir que la première forme existe seule chez l'enfant. Jamais nous n'avons vu la deuxième forme qui est rare aussi chez l'adulte et se rencontre plus spécialement chez le vieillard comme l'indique le nom d'arthrocace sénile qui lui a été donné depuis longtemps. Jamais non plus nous n'avons constaté les nodosités d'Héberden chez les enfants.

Aussi ne nous arrêterons-nous pas à décrire ces dernières formes, nous dirons seulement que dans le rhumatisme partiel une seule articulation est prise le plus ordinairement et que c'est de préférence celle de la hanche. L'examen des pièces anatomiques explique facilement pourquoi cette forme est inconnue dans les premières années de la vie. Cruveilhier avait déjà remarqué que l'usure des cartilages articulaires était le résultat d'anciennes affections articulaires variées ; l'ostéoporose qui existe toujours dans ces cas est une lésion de la vieillesse et presque toutes les malades dont parle Trastour avaient de 80 à 92 ans.

Les nodosités d'Héberden sont caractérisées par des nouures latérales des phalangettes constituant une difformité beaucoup moins accusée et ne s'accompagnant pas de phénomènes réactionnels marqués ; comme coïncidences pathologiques on cite les troubles de la ménopause, l'asthme, les migraines les névralgies. Jamais on n'a signalé les nodosités d'Héberden dans le jeune âge.

Symptômes locaux. — Comme chez le vieillard, le rhumatisme progressif peut débiter par des signes qui rappellent la forme aiguë mais c'est la marche la plus

rare, généralement ce début est lent et insidieux ; après avoir éprouvé pendant un mois ou deux des douleurs vagues dans les muscles et les jointures, le malade voit les douleurs se localiser dans une articulation, s'accompagner d'enflure puis d'impotence plus ou moins marquée ; les autres articulations sont ensuite envahies successivement de la périphérie au centre quelquefois les déformations se produisent avant même que les malades aient ressenti les douleurs prémonitoires qui sont alors remplacées par de simples fourmillements et des sensations d'engourdissement. C'est ainsi qu'ils se plaignent de raideurs le matin au lever, il leur arrive par exemple de ne pouvoir faire atteindre à leurs doigts l'extension complète. Les douleurs, disions-nous, ne se circonscrivent pas au niveau des jointures atteintes, quelquefois en effet les enfants se plaignent pendant longtemps d'éclancements douloureux dans les membres, c'est le cas de la jeune fille du service de M. Ollivier qui a eu des douleurs dans les mollets avant son séjour à l'hôpital. Il n'y a rien de régulier dans la durée de ces signes du début ; ils varient avec les malades et on ne peut même pas toujours savoir à quelle époque ils se sont manifestés pour la première fois, justement à cause de leur faible intensité, dans quelques cas comme cela s'est produit pour la malade que nous venons de citer.

Quand le gonflement apparaît il est rarement accompagné des signes indiqués dans le rhumatisme aigu ; la peau n'est pas chaude et la teinte rosée qu'on a décrite chez l'adulte fait ici défaut. Ce gonflement articulaire est constitué par l'hydarthrose, puis quand celle-ci a disparu

il persiste, mais alors il est dû à l'épaississement des têtes osseuses.

A partir de ce moment nous aurons des déformations caractéristiques et irrémédiables que nous allons maintenant étudier.

Nous avons dit que la maladie débutait par les extrémités, il faut ajouter qu'il est infiniment plus rare de la voir se localiser d'abord aux pieds; le siège de prédilection est la main. Toutes les articulations des membres peuvent être prises, les hanches le sont rarement; parmi les autres nous n'avons trouvé que celles de la région cervicale de la colonne vertébrale. Wagner (de Munich) a trouvé une fois de la raideur dans les deux articulations temporo-maxillaires d'une jeune malade.

Dans les jointures atteintes on perçoit quelquefois des craquements, mais ce ne sont pas ces craquements secs qu'on trouve chez le vieillard et qui sont dus à l'usure des cartilages.

Les lésions sont toujours symétriques pour les déformations et aussi pour les déviations; elles se font suivant deux types bien connus aujourd'hui depuis la description si complète qu'en a donnée le Prof. Charcot et que nous reproduisons :

« Pour ce qui concerne les extrémités supérieures les déviations peuvent être ramenées à deux types principaux avec des dérivés secondaires. Dans l'un et l'autre type la main est dans une pronation plus ou moins exagérée, c'est là un caractère qui leur est commun; ils diffèrent sous beaucoup d'autres rapports.

« *Premier type.* — C'est celui qu'on rencontre le plus souvent. Il est caractérisé :

1° Par la flexion à angle obtus, droit, ou aigu de la phalangette sur la phalange ;

2° Par l'extension de la phalange sur la phalange ;

3° Par la flexion de la phalange sur la tête des métacarpiens ;

4° Par la flexion à angle moins obtus des métacarpiens et du carpe sur les os de l'avant-bras ;

5° Dans un grand nombre de cas il existe une inclinaison en masse de toutes les phalanges vers le bord cubital de la main, puis une déviation en sens inverse des phalanges. La première de ces deux lésions est souvent l'une des déformations qui signalent le début de la maladie.

« Ce type peut offrir deux variétés : dans la première la plupart des caractères que nous avons décrits sont conservés ; seulement la phalange et la phalange sont sur le même axe. Dans la seconde, on voit manquer la flexion de la phalangette sur la phalange, et alors le dos des doigts de la main paraît excavé à partir de la tête saillante des métacarpiens.

Second type. — Il est caractérisé :

1° Par l'extension de la phalangette sur la phalange ;

2° Par la flexion des phalanges sur les phalanges ;

3° Par l'extension des phalanges sur les têtes des métacarpiens ;

4° Par une flexion plus ou moins prononcée du carpe sur les os de l'avant-bras ;

5° Dans certains cas il existe une déviation en masse des phalanges vers le bord cubital de la main.

« Ce type peut offrir comme le précédent deux variétés :

Dans la première, il y a flexion de toutes les articulations de la main les unes sur les autres, de manière à constituer une sorte d'enroulement.

Dans la seconde on retrouve les mêmes caractères, mais il y a en outre extension des phalanges sur les phalanges. »

Widal a décrit un troisième type caractérisé :

1° Par la rigidité du doigt ; les trois phalanges sont sur le même axe ;

2° Par la demi-flexion de la phalange sur les métacarpiens, saillie de la tête de ces os et déviation en masse des phalanges vers le bord cubital.

Pour la description de ces types on s'est basé sur des faits se rapportant à des vieillards rhumatisants de longue date et chez qui le temps avait permis à la maladie de produire des désordres aussi graves ; il est naturel que nous ne les trouvions pas aussi intenses chez les malades que nous avons observés puisque nous assistons pour les uns à l'envahissement du mal et que pour d'autres la première atteinte ne saurait remonter à plus de quatre ou cinq ans, en raison même de l'âge auquel nous les observons. Il semble qu'avant d'arriver à ces déformations typiques les jointures restent quelque temps grosses, noueuses, et que les doigts soient déviés en masse vers le bord cubital ; l'observation II en offre un exemple remarquable : les trois derniers doigts accolés s'éloignent de l'index et d'une façon symétrique.

Le pouce n'est pas plus souvent pris que les autres doigts, parfois même il est épargné. Pour ce qui est des grosses articulations nous n'avons trouvé que de la raideur, et quelques craquements sans déformation.

Dans un cas, le moignon de l'épaule ne paraissait pas normalement conformé, cependant l'articulation était saine. Jamais nous n'avons trouvé les hanches prises. Il n'y a rien de spécial à noter pour le pied. Mais par quel mécanisme sont produites ces déformations ? Elles sont exclusivement dues à la rétraction musculaire pour M. Charcot. Dans sa thèse de 1866, Vergely arrive aux mêmes conclusions, si en effet elles tenaient à des positions instinctives prises par le malade pour fixer les jointures atteintes comme le pense Trastour, on ne verrait pas ces attitudes si bizarres et si gênantes en même temps pour les malades. Ceux qui ont la tête en flexion forcée sur le sternum n'ont pas évidemment choisi cette pénible position, ils ont plutôt dû la subir par le fait de la rétraction des muscles du cou.

Cette rétraction manque au début, c'est alors l'hydarthrose qui doit être cause de la déviation, mais plus tard c'est bien l'action musculaire qui est en jeu. Maisonneuve voulant redresser une jambe déviée, en sectionna les muscles et obtint un redressement immédiat, mais la déviation reparut après la cicatrisation des deux bouts du muscle.

La régularité de la déformation plaide encore en faveur de ce mécanisme.

Cette impotence absolue qui n'est malheureusement pas rare chez le vieillard ne se retrouve jamais chez l'en-

fant qui est bien moins maltraité et qui voit souvent les douleurs cesser complètement pendant des intervalles assez longs.

Il est une autre remarque à faire au sujet de la peau ; on la trouve parfois humide, recouverte d'une sueur visqueuse ; elle est décolorée. Dans quelques cas elle est amincie sur les points malades ; d'autres fois au contraire comme chez la petite fille de l'obs. IV, qui avait de l'ankylose de la région cervicale, la peau est épaisse, lisse, tendue et se plisse difficilement. Mais nous n'avons jamais trouvé la desquamation de l'épiderme citée chez les vieux rhumatisants ; peut-être chez eux est-elle due à la sénilité.

Les mouvements sont évidemment restreints chez nos malades mais puisque les déformations sont moins prononcées que chez le vieillard il s'ensuivra que leurs mouvements seront moins entravés.

Il nous a paru qu'il était plus facile d'approcher de la flexion complète que de l'extension complète et c'est un fait bien manifeste chez notre première malade. La marche n'a rien de caractéristique, elle est subordonnée à l'intensité des lésions. Les malades que nous avons pu observer marchaient la tête penchée en avant.

Symptômes généraux. — Chez les jeunes rhumatisants la maladie ne s'accompagne pas de phénomènes généraux bien graves. On peut dire qu'elle mine sourdement l'organisme à la longue sans pour cela avoir de localisation sur aucun organe particulier.

La fièvre est peu intense dans les accès, elle n'existe

pas dans l'intervalle. Les enfants sont peu vigoureux et amaigris, mais d'après notre exposé étiologique nous voyons que cet état a précédé la maladie et très probablement favorisé son apparition.

L'atrophie musculaire existe toujours sans être toujours très marquée sauf aux mains ; elle est symétrique comme les lésions articulaires.

Les troubles digestifs ne sont pas rares chez l'adulte, anorexie, vomissements, constipation se produisent à l'époque des accès ; ici rien de pareil, l'appétit est conservé et les enfants ne paraissent pas malades.

Nous n'avons pas trouvé de dilatation de l'estomac.

Les troubles de la sensibilité, l'absence des réflexes ; la dystrophie des ongles n'existent pas non plus.

Les autres coïncidences pathologiques sont plus rares aussi dans le jeune âge ; nous avons trouvé l'eczéma que M. Cornil a noté cinq fois sur quarante-deux cas de rhumatisme des adultes ; une de nos malades a eu plusieurs ophtalmies dont elle est guérie. On ne constate que bien exceptionnellement des troubles du côté des poumons et du cœur. Dans quelques observations les complications cardiaques sont relatées et ce sont du reste les seules, sauf dans le cas de M. Cornil : la malade succomba à trente ans à des complications du côté des reins.

Dans sa thèse, M. Lacaze rapporte deux observations d'enfants rhumatisants atteints de péricardite.

Les complications cérébrales survenant dans le cours du rhumatisme aigu n'existent pas dans la forme chronique.

Nous n'avons pas non plus à mentionner les troubles

urinaires si fréquents dans un âge plus avancé et dus sans doute à la difficulté qu'éprouvent les malades à se mouvoir dans leur lit.

Dans l'enfance, le rhumatisme chronique affecte exclusivement la forme chronique progressive et n'est accompagné de presque aucune complication.

DIAGNOSTIC

Lorsque les déformations des jointures ont atteint ce caractère spécial, on pourrait presque dire pathognomonique, rappelant bien les types classiques que nous avons décrits, le rhumatisme articulaire chronique est alors facile à reconnaître.

Mais à côté de ces formes tranchées il en est d'autres devant lesquelles les plus habiles cliniciens sont parfois hésitants et M. Charcot, dans ses *Leçons sur le rhumatisme*, cite un cas où le diagnostic ne put être fait qu'à l'autopsie, et alors qu'il s'agissait de goutte, tous les symptômes avaient laissé supposer l'existence des lésions de l'arthrite rhumatismale. Dans un autre fait rapporté par Trastour, le mal ayant débuté par les vertèbres cervicales on crut d'abord à une pachyméningite, le menton était venu se coller sur le sternum et tous les mouvements du cou étaient perdus. Le diagnostic fut rendu plus facile par suite de l'altération des articulations des membres.

Nous ne nous arrêterons pas à faire le diagnostic de la forme de rhumatisme chronique puisque, comme nous l'avons vu dans la description des symptômes, les nodosités d'Héberden et le rhumatisme partiel sont inconnus dans le premier âge.

De même que pour l'adulte, il faut aussi différencier

le rhumatisme de la goutte; en effet, cette maladie quoique rare il est vrai dans l'enfance y a été néanmoins rencontrée quelquefois. Trousseau, Debont, Bouchut, Gairdner et M. Bouchard en ont cité des exemples. Voici les cas rapportés par Debont :

« J'ai eu l'occasion de voir quelques cas non douteux de goutte chez les enfants. Chez un jeune homme de 25 ans, elle avait débuté à l'âge de 10 ans par une douleur aiguë survenue la nuit dans le gros orteil, il a eu depuis, chaque année, une ou plusieurs attaques de goutte franche indiscutable.

Albert F., âgé de 15 ans, fils et petit-fils de goutteux a accompagné cette année son père à Contrexéville, il souffre depuis deux ans et a eu à son arrivée une attaque ici même. La goutte a débuté comme chez le précédent par l'orteil; mais dans d'autres attaques a successivement envahi la cheville, l'autre pied puis un genou.

Deux autres enfants, le frère et la sœur, goutteux héréditaires ont eu tous deux, à 12 ans leur premier accès.

J'ai vu aussi récemment un petit garçon de quatre ans dont le père est goutteux, qui la nuit était réveillé par des douleurs localisées au gros orteil droit et qui disparaissaient dans la matinée à la suite de frictions. »

Du parallèle de la goutte et du rhumatisme fait par nombre d'auteurs, il résulte que les deux maladies ne peuvent être identifiées ni par leur étiologie, ni par leur marche, ni par leurs symptômes et ces affections sont aujourd'hui considérées à juste titre comme deux entités morbides absolument distinctes. Dans la goutte, l'héré-

dité est la règle, tandis qu'elle est douteuse la plupart du temps dans le rhumatisme ; le froid ne paraît pas avoir sur sa production d'influence reconnue. Le rhumatisme est l'apanage des classes pauvres où la goutte est tout à fait exceptionnelle comme on peut s'en convaincre en parcourant les salles d'hôpitaux. Elle atteint au contraire ceux qui vivent dans l'oisiveté et la bonne chère ; de plus les femmes sont plus rarement frappées de goutte que les hommes et c'est du reste aussi ce que nous voyons chez les enfants où les garçons sont plus frappés que les filles. Enfin dans la goutte il y a asymétrie de lésions ; des concrétions tophacées qui, lorsqu'elles existent, sont caractéristiques de la goutte et par leur constitution et par leur siège au voisinage des jointures et non plus immédiatement sur elles. Le début par le gros orteil (156 fois sur 198 cas. Scudamore) ; la périodicité des accès suffisent le plus souvent à diriger l'attention du médecin du côté de la goutte.

Les nodosités de Bouchard qu'on a décrites chez les malades atteints de dilatation de l'estomac pourraient en imposer quelquefois pour des déformations rhumatismales, or la dilatation de l'estomac peut aussi bien exister chez l'enfant que chez l'adulte comme en témoignent ces trois observations résumées que nous empruntons à la thèse de M. Le Gendre.

« Un petit garçon de 10 ans a subi toutes sortes d'écarts hygiéniques au point de vue de l'alimentation. J'ai vu cet enfant grandir pâle, maigre, se plaignant sans cesse de douleurs abdominales et épigastriques et en proie à un état constant de dyspepsie gastro-intestinale accidenté

d'embarras gastrique, fébrile et d'indigestions aiguës.

Ce n'est que depuis un an que j'ai vu ses doigts devenir noueux, mais ils le sont devenus de la façon la plus évidente.

Le clapotage gastrique est perceptible.

Je fus consulté par une fillette de 11 ans qui maigrissait et pâlissait tout en mangeant souvent et beaucoup; comme les doigts étaient noueux surtout les auriculaires et les annulaires, l'attention devait se porter du côté de l'estomac. Nous fûmes surpris de constater que le clapotage gastrique était perceptible à quatre travers au-dessous de l'ombilic et à trois travers à droite de la ligne médiane.

Enfin, je sais un petit garçon de 7 ans de souche arthritique, fils d'une mère atteinte elle-même de dilatation de l'estomac, chez lequel il y a plus d'un an fut constaté le clapotage et dont les doigts sont devenus très nettement noueux depuis cette époque » (D^r Le Gendre. Dilat. de l'estomac et fièvre typh. Thèse, Paris, 1886).

La nodosité de Bouchard est constituée par un renflement transversal de l'articulation phalango-phalangienne portant principalement sur l'extrémité de la phalange; l'aspect noueux de la jointure est bien accentué. Dans quelques cas les phalanges sont déviées. Ces types peuvent se montrer sur tous les doigts. Ces nouures ne sont pas douloureuses, elles ne produisent pas de craquements et ne présentent pas de productions ostéophytiques. Jamais ces déformations n'atteignent le degré de celles que nous étudions, elles sont limitées à la deuxième

articulation des doigts, sont accompagnées du clapotage gastrique et d'un état général particulier de l'appareil digestif.

Les arthropathies syphilitiques pourraient-elles être confondues avec les arthropaties rhumatismales? M. Méricamp a fait l'étude de ces lésions et il rapporte le cas d'un jeune homme de 29 ans, syphilitique héréditaire, qui dès l'âge de 8 ans aurait eu « une maladie des os du bras ». Les deux coudes et l'épaule droite furent pris pendant huit mois. Plus tard, à l'examen du malade, il constata une déformation notable du coude droit avec des saillies ostéophytiques à l'extrémité du radius et de l'humérus ; la tête du radius est augmentée de volume, l'extension est incomplète, la flexion s'effectue, la supination et la pronation sont impossibles, il y a des craquements. A gauche les lésions existent aussi, mais elles sont moins accusées. Sans parler des autres manifestations syphilitiques qui ne permettent plus de doute quand on les a constatées, nous avons dans ces lésions mêmes les éléments du diagnostic. D'abord la marche de l'affection est différente ; les doigts, siège de prédilection du rhumatisme ; étaient ici restés intacts ; les productions ostéophytiques ne siégeaient pas exactement au niveau des jointures.

Les arthropathies consécutives aux lésions des nerfs ont quelques analogies avec celles du rhumatisme ; elles attaquent les petites articulations, elles sont douloureuses et ne se terminent jamais par suppuration, mais bien par ankylose ou subluxation des extrémités osseuses. Un malade de Mitchell, âgé de 17 ans, à la suite d'une

plaie par coup de feu des nerfs de l'aisselle, vit se produire chez lui des arthropathies ; « les articulations devinrent rapidement enflées, le bras se fléchit à angle droit, vers le sixième jour, sensation de cuisson dans les doigts ; quelques temps après, flexion du poignet sur le bras, les premières phalanges déformées ont subi une véritable subluxation. Les mouvements du coude, du poignet et du pouce sont limités ». Il suffit de signaler la possibilité de l'existence de ces symptômes pour qu'il soit ensuite aisé de les classer ; l'accident antérieur et l'asymétrie toujours très nette des lésions qui le suivent, suffisent pour faire éviter l'erreur.

Dans l'atrophie musculaire progressive, il survient parfois des déformations articulaires portant plus spécialement sur les doigts ; ces altérations sont caractérisées par du gonflement des têtes osseuses assez semblables aux nodosités rhumatismales. Pour Remak, ces arthropathies sont d'origine nerveuse.

Nous ne citerons que pour mémoire les arthropathies consécutives à l'ataxie locomotrice progressive parce que cette affection est à peu près inconnue dans l'enfance (Friedreich en cite trois cas, M. Bouchut en a vu deux) et que les complications articulaires n'y ont jamais été notées. La marche des symptômes, le gonflement énorme et si rapide de l'articulation sont spéciaux aux déformations articulaires de l'ataxique.

PRONOSTIC

Le pronostic du rhumatisme est moins grave pour l'enfant que pour l'adulte ; il ne compromet jamais la vie puisque aucune observation de cas de mort survenue chez un enfant dans le cours d'un rhumatisme chronique n'a encore été signalée. M. Cornil a bien rapporté le cas d'une femme de 30 ans rhumatisante depuis l'âge de 12 ans et qui succomba à des complications viscérales multiples, mais ici les coïncidences pathologiques absorbaient par leur marche et leur intensité la maladie primitive.

Pour le vieillard, la vie n'est pas non plus généralement compromise par le rhumatisme puisqu'on en voit qui sont atteints depuis dix, quinze et vingt ans de déformations très prononcées ; mais ce qui est en faveur des enfants, c'est la rareté très grande des complications viscérales en général et cardiaques en particulier quoi qu'en ait dit Moncorvo, or il est bien loin d'en être ainsi chez l'adulte.

De plus, chez nos malades, la guérison est quelquefois obtenue et toujours au moins on a une amélioration par les traitements mis en usage ou seulement même par des

règles d'une hygiène mieux entendue. Il est évident que du jour où les manifestations rhumatismales se seront montrées chez un malade, il sera difficile de les faire disparaître complètement ; à partir de ce moment, le malade sera sous la menace d'une nouvelle attaque toutes les fois qu'il se produira une occasion favorable à son éclosion. Ceci montre que si le rhumatisme n'est pas pour l'enfant une affection mortelle, il est du moins une maladie qui s'est emparée de lui et qui loin de disparaître seule n'ira qu'en s'aggravant si on ne vient pas la combattre.

Les lésions articulaires une fois bien établies doivent rester acquises et il nous paraît bien difficile d'admettre qu'il soit possible d'effacer complètement les déformations articulaires ; mais si on peut obtenir une atténuation, ou seulement même un arrêt dans le progrès du mal on a déjà un résultat très heureux si on compare alors nos jeunes malades à ces rhumatisants qui peuplent les asiles des vieillards et qui tombent parfois dans un état vraiment lamentable.

La lecture de nos observations montrera que nous avons obtenu de l'amélioration chez nos malades ; le séjour à Forges et à Berck-sur-Mer paraît être très favorable. Une malade de M. Jules Simon, qui passa trois ans à Forges vit successivement ses douleurs disparaître et ses doigts qui étaient déformés revenir même à leur forme normale ; deux ans après la cessation de tout traitement la guérison s'était maintenue.

M. Lacaze a noté aussi une amélioration très marquée chez une jeune rhumatisante après l'apparition des

règles survenues à quatorze ans et demi. Il insiste sur cette influence dont ne parlent pas les auteurs et que nous n'avons pu vérifier nous-mêmes, nos malades étant toutes de petites filles chez qui la menstruation n'est point encore établie.

TRAITEMENT

M. le Prof. Bouchard a dit que les maladies chroniques posent à l'hygiéniste les problèmes les plus graves dont la solution intéresse au plus haut degré la science sociale, parce que malgré l'effort incessant de l'organisme vers la guérison, celui-ci reste impuissant quand la cause morbide persiste. Cette proposition est tout à fait exacte en ce qui concerne le rhumatisme chronique des enfants ; dans ce cas en effet toute thérapeutique échoue si les conditions qui ont provoqué l'apparition ou le réveil de la diathèse ne sont pas écartées ; au contraire l'hygiène peut dans quelques circonstances avoir à elle seule raison de la maladie.

La première indication sera donc de soustraire l'enfant aux causes qui ont occasionné ses douleurs, en le faisant changer de climat, d'habitation ou de manière de vivre ; malheureusement la condition sociale des malades sera souvent un obstacle. Il faudrait obtenir que l'enfant put vivre au grand air, qu'il eut une nourriture suffisante, qu'il n'habitât pas un logement humide.

Par ces moyens nous croyons qu'on évitera le développement du rhumatisme ; et quand par suite d'une vie de misère ou d'une hygiène défectueuse, la maladie sera réalisée, il faudra encore suivre la même voie et s'atta-

cher à combattre les influences qui dépriment l'organisme. Pour Garrod, le fait dominant de la médication antirhumatismale est qu'il faut exciter les fonctions motrices, relever les forces du malade anémié ; c'est ici que les toniques, la viande, le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue seront avantageusement administrés. La malade dont nous devons l'observation à l'obligeance de M. le Prof. Grancher fut améliorée par l'huile de foie de morue et une bonne hygiène et elle revint guérie de Forges après un séjour de sept mois dans cet hôpital.

Nous pouvons dès lors dire avec M. Huchard que « la thérapeutique ne doit pas surtout viser un organe malade mais tout l'organisme pour permettre à ce dernier de lutter et de se défendre avec chance de succès contre l'envahissement du mal ».

Si la maladie a au début une allure aiguë, il faudra alors instituer les médications mises en usage dans ce cas : repos au lit, enveloppement des jointures douloureuses, salicylate de soude ; nous n'avons pas à insister sur cette partie du traitement et nous passons de suite à la thérapeutique du rhumatisme chronique.

Traitement interne. — La médication interne ne comprend pas un grand nombre de moyens ; à part l'arsenic, les préparations iodées et le salicylate de soude, les autres agents thérapeutiques ont une valeur très contestable. Tandis que M. Jules Simon emploie la teinture de colchique à la dose de 4 à 10 gouttes par jour, en deux fois chez les enfants, Garrod la croit nuisible dans le rhumatisme chronique.

Lasègue, le premier, a eu recours à l'iode à l'intérieur qui au bout de quelques semaines modère la marche de l'affection et finit par rendre aux jointures déformées un peu de leur mobilité ; c'est le résultat que Lasègue a souvent obtenu notamment chez une jeune fille de 19 ans qui souffrait depuis un an de douleurs rhumatismales avec déformation des mains. La première de nos malades est, elle aussi, améliorée par la teinture d'iode (10 gouttes par jour), ses douleurs ont cessé et ses mouvements sont un peu plus étendus. Nous n'avons jamais remarqué que l'iode eut amené aucun accident ni eut eu aucun effet fâcheux sur les fonctions des voies digestives à l'inverse de ce que pensait Mialhe. On prescrit aussi l'iodure de potassium à la dose de 0,25 à 0,30 centigrammes par jour.

M. le Prof. Germain Sée qui a préconisé le salicylate de soude dans le rhumatisme chronique en a obtenu de très bons résultats ; M. Dujardin-Beaumetz le croit seulement efficace pour combattre les douleurs dans les périodes d'exacerbation aiguë.

La médication arsénicale paraît jouir d'une plus grande faveur en Angleterre qu'en France ; la malade de M. Ollivier avait été soumise à ce traitement qui malheureusement n'a pas été continué assez longtemps pour que nous ayons pu préciser son effet.

Traitement externe. — Les bains paraissent calmer beaucoup les douleurs des rhumatisants sans qu'il soit bien établi que la minéralisation de l'eau ait un effet bien réel ; à St-Louis on a obtenu des résultats bien variables chez l'adulte.

Comme le montre l'observation du malade de M. Dally les courants continus semblent devoir donner de bons résultats ; c'est aussi l'opinion de M. Chéron qui a vu les douleurs disparaître chez ses malades après quelques séances. Si l'électrisation est impuissante à faire recéder les déformations, il est fort probable qu'elle doit empêcher l'atrophie musculaire, et diminuer la contracture et par suite les déformations elles-mêmes qui en sont la conséquence.

Le massage aidera beaucoup l'effet des courants électriques ; les frictions sèches au gant de crin faites tous les jours par le malade sur les articulations atteintes seront très efficaces.

Trastour, conseille le mouvement malgré la douleur dans le rhumatisme chronique ; nous signalons cette méthode parce que l'auteur dit quelle doit être appliquée au début car il faut *prévenir* et non pas attendre les infirmités incurables. C'est donc surtout chez les enfants que ce moyen devrait être mis en usage. Trastour qui l'a employé avec persévérance en s'aidant du massage et des frictions a obtenu souvent la guérison et tout au moins une amélioration notable.

Traitement thermal. — Dans ses leçons de thérapeutique infantile M. Jules Simon a tracé d'une façon très complète les indications à remplir dans le rhumatisme chronique des enfants en ce qui concerne la médication hydrothermale et il croit qu'on peut attendre de l'emploi des eaux minérales de très bons résultats.

Comme il n'y a de contre-indication à leur usage que

l'existence de complications cardiaques, cérébrales ou rénales et comme ces complications sont tout à fait exceptionnelles chez nos malades nous croyons devoir donner d'après M. Simon quelques détails sur cette médication surtout pour les cas où les autres traitements auraient échoué.

Chez les jeunes rhumatisants scrofuleux les eaux chlorurées de *Bourbonne-les-Bains* grâce à leur action excitante seront données avec avantage en bains ou en douches. *Salins-les-Montiers* en Savoie et *Salies-de-Béarn* ont des propriétés analogues ; ces dernières sont même plus minéralisées et le climat de ce pays encore chaud en automne permet de prolonger le séjour après la fin ordinaire des saisons d'eaux.

Si les enfants sont simplement débilités et c'est le cas le plus fréquemment noté dans nos observations, il faudra préférer les eaux sulfureuses d'*Aix en Savoie*, de *Cauterets* de *Luchon* et *Barèges*.

Il est rare, nous l'avons dit, de relever des troubles digestifs chez les petits rhumatisants, si le cas se présentait, comme les eaux sulfureuses sont alors contre-indiquées, il faudrait se contenter de *Plombières* et de *Royat* qui ont une minéralisation plus faible et qui sont par conséquent bien suffisantes lorsque les formes du rhumatisme ne sont pas encore très accusées ou très anciennes ce qui est le cas de nos malades.

Quand on aura de jeunes rhumatisantes chlorotiques à traiter, on pourra les envoyer à *Luxeuil* qui remplira les deux conditions nécessaires ici, à savoir de combattre

la chlorose par ses propriétés ferrugineuses et le rhumatisme par sa composition saline.

A l'inverse de ce qu'on fait pour l'adulte, il ne faut pas conseiller *Vichy* contre le rhumatisme chronique des enfants. En raison de l'état d'anémie qui coexiste toujours chez eux avec le rhumatisme, nous devons nous abstenir de la médication alcaline, et M. Jules Simon a dit à ce propos : « N'envoyez jamais les jeunes sujets à Vichy, même si leur affection porte sur les voies digestives ; même si elle se complique de congestion hépatique, de polycholie ; là où Vichy triomphe chez l'adulte d'une façon incontestable, il ne produit plus chez l'enfant, toujours plus ou moins anémique, qu'une action plus ou moins dépressive ».

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le Prof. GRANCHER.

Berthe Riv., âgée de 13 ans, est entrée à l'Hôpital des Enfants-Malades, salle Husson, le 28 septembre 1888, lit n° 6.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante ; aucune maladie notable ; ses parents sont morts à un âge avancé.

Père exerce la profession de cocher, il est bien portant, ses parents, eux aussi, sont morts âgés.

Pas d'autres enfants.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, sans accidents, élevée au biberon par une nourrice à la campagne aux environs de St-Quentin dans un pays très marécageux. A trois ans et demi elle n'avait pas été malade, on la confia à une femme du même village ; au bout de quelque temps (l'enfant avait alors quatre ans environ), la mère s'aperçut que sa fille avait les doigts un peu déformés ; le matin elle avait les mains engourdis et les mouvements de toutes les jointures étaient restreints et difficiles ; cependant l'enfant ne se plaignait pas de douleurs articulaires. Elle eut la rougeole et plusieurs fois des éruptions d'impétigo.

Pour aller à l'école située à une grande distance la petite fille était obligée de suivre des chemins toujours pleins d'eau ; elle était malnourrie et a beaucoup souffert de la misère. Les parents la mirent alors à Mortagne où elle a passé ces trois dernières années dans de meilleures conditions d'hygiène mais sans soins médicaux pour ses articulations dont l'état ne s'est pas amélioré, c'est ce qui décida la mère à la reconduire à Paris pour lui faire suivre un traitement ; depuis six mois surtout, la gêne dans les articulations a beaucoup augmenté.

Etat actuel. — Enfant peu musclée, d'embonpoint moyen, de taille normale et de teint coloré.

Elle marche à petits pas et assez vite, elle tient la tête penchée en avant et presque immobile.

Les déformations des jointures sont à peu près symétriques. La plupart des articulations sont malades à des degrés variables et probablement atteintes de la même lésion, c'est-à-dire épanchement synovial distendant légèrement les ligaments, gonflement des tissus fibreux périarticulaires. Le gonflement des extrémités osseuses est limité aux phalanges des mains.

Voici d'ailleurs le détail des aspects de plusieurs articulations.

Membres supérieurs. — Aux mains, l'extension est impossible dans toutes ses parties (doigts, carpe, poignet), les doigts ne peuvent atteindre la flexion complète ; la préhension s'effectue bien mais est peu solide. La forme des articulations est très modifiée, elles sont doubles de volume ce qui donne aux doigts un aspect noueux très prononcé ; la dernière phalange est effilée.

L'index droit est un peu plus courbé que normalement sur son bord interne.

Les deux pouces peuvent à peine esquisser les mouvements de flexion ; l'opposition est conservée dans toutes ses parties, ce qui indique que la première articulation métacarpo-phalangienne est assez libre.

La fluctuation est manifeste dans quelques articulations métacarpo-phalangiennes mais surtout dans les quatre dernières. On reconnaît la présence du liquide à une dépressibilité spéciale de l'interligne articulaire.

Les articulations phalango-phalangiennes présentent des saillies arrondies sortes de ganglions réductibles.

Les extrémités osseuses des phalanges sont gonflées.

Poignets. — Gonflement dû à l'hydarthrose ; les mouvements sont limités dans tous les sens.

Coudes. — Pas de déformation ; l'hydarthrose est douteuse ;

l'extension complète de l'avant-bras sur le bras n'est pas tout à fait possible.

Épaules. — La rondeur en est exagérée quoique la palpation n'y fasse rien reconnaître d'anormal. Les mouvements sont bien conservés ; l'enfant porte facilement la main sur la tête, mais il est manifeste que l'omoplate suit les mouvements du bras dès que ceux-ci dépassent une certaine amplitude.

Colonne vertébrale. — Elle ne paraît atteinte que dans sa portion cervicale ; il n'y a aucune déformation, mais tandis que la flexion est facile au point de permettre au menton de toucher le sternum, l'extension de la tête est au contraire extrêmement limitée.

Les mouvements de rotation sont très petits, l'enfant les transforme en mouvements de flexion latérale peu prononcée elle-même.

Dans la région dorsale et lombaire tout est normal.

Tête. — Rien dans l'articulation temporo-maxillaire.

Membres inférieurs. — La voûte plantaire est un peu affaissée mais cette conformation est antérieure à la maladie.

Les orteils sont normaux.

L'articulation tibio-tarsienne a de la raideur dans ses mouvements.

Il n'y a pas d'épanchement synovial, les mouvements sont peu étendus.

Genoux. — Ils ne sont pas déformés ; il n'y a pas d'hydarthrose.

Tandis que la flexion est normale à droite, elle ne s'accomplit pas totalement à gauche.

Hanches. — Les articulations coxo-fémorales sont normales des deux côtés.

Pas de traces de scrofule ni de rachitisme.

Pas de troubles digestifs ; pas de dilatation de l'estomac.

Urines normales.

Les poumons sont sains.

Les bruits du cœur sont normaux.

Traitement. — Deux bains sulfureux par semaine. Teinture d'iode, 2 gouttes, augmenter tous les jours jusqu'à dix gouttes.

23 octobre. Amélioration notable. L'enfant n'éprouve plus le matin cette gêne dans les articulations des doigts qu'elle accusait encore à son entrée. Elle marche plus vite et avec moins de raideur.

10 novembre. L'hydarthrose a disparu, pas de douleurs articulaires ni musculaires si ce n'est quelques élancements rares et passagers dans les mollets.

20 décembre 1888. Les doigts sont un peu plus habiles quoique le gonflement articulaire n'ait pas diminué. Le poignet droit est ankylosé. Les mouvements de flexion sont complets dans toutes les autres articulations ; l'extension est incomplète partout ; raideur moindre de la nuque.

L'atrophie musculaire n'est pas augmentée aux mains ; il y a de l'atrophie des muscles, des mollets, égale des deux côtés. On continue le même traitement.

OBSERVATIONS II (PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. Ollivier.

Gabrielle Lévy., âgée de 13 ans, est entrée n° 25 salle Gillette hôpital des Enfants-Malades le 25 octobre 1888.

Antécédents héréditaires. — Le père est marchand ambulant, il est bien portant, âgé de 54 ans ; il a eu plusieurs attaques de rhumatisme.

La mère est ménagère, âgée de 48 ans ; elle est nerveuse, paraît douée d'une bonne santé, n'a jamais eu de maladies. Elle présente des saillies osseuses au niveau de la troisième articulation de chaque petit doigt qui n'ont jamais révélé leur présence par aucun signe douloureux. Ces ostéophytes ne sont autre chose que des nodosités d'Héberden. Souvent occupée à laver du linge elle ressent parfois des douleurs dans le pied et la cheville

gauches. Notons de plus un goitre assez volumineux, étalé, qui n'occasionne aucune gêne et qu'on avait commencé à traiter par les injections interstitielles de teinture d'iode, mais le traitement n'a pas été continué.

Cinq autres enfants bien portants sauf l'aîné, une fille qui a eu une tumeur blanche du genou à 22 ans.

Pas de traces de syphilis chez le père ni chez la mère.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme sans accidents, à Valenciennes où elle est restée jusqu'à 9 ans. La maison que la famille habitait était humide. Nourrie au sein par une nourrice jusqu'à six mois puis au biberon.

Pas de convulsions, ni de troubles de la dentition qui a été seulement retardée à 17 mois.

A eu la coqueluche et la scarlatine.

A 10 ans elle fut soignée à Paris pour une affection des yeux, le médecin fit alors remarquer à la mère qui ne s'en était pas aperçu que les mains de sa fille étaient déformées.

Jamais l'enfant n'avait éprouvé de douleurs articulaires ou musculaires jusqu'à cette année.

Jusqu'à 9 ans époque de son arrivée à Paris elle a eu presque continuellement de l'eczéma ; cette année encore elle en a eu une nouvelle poussée.

État actuel. — Enfant grande assez bien musclée, teint peu coloré ; lèvre supérieure un peu épaisse ; est entrée dans le service pour une déformation des doigts.

Les déformations sont symétriques.

Les articulations les plus malades sont celles des mains et des pieds ; les extrémités osseuses ne sont altérées dans leur volume que dans les petites jointures.

Membres supérieurs. — Pas d'engourdissement dans les mains au réveil, mais seulement lorsque l'enfant veut travailler à la couture, au bout de quelques instants elle est forcée de quitter son ouvrage.

L'extension des mains et des doigts s'effectue bien.

La flexion est incomplète au même degré pour les doigts mais plus difficile pour les pouces ; normale au carpe.

La préhension des plus petits objets se fait bien des deux côtés.

Les mouvements d'opposition sont normaux.

La déformation a commencé par les trois derniers doigts de chaque main qui ont été pris en même temps, puis elle s'est étendue à l'index et au pouce.

Les articulations phalango-phalangiennes sont doublées de volume ce qui leur donne un aspect nouveau très prononcé.

Les articulations phalango-phalangettiennes sont normales mais les deux petits doigts sont effilés à leur extrémité.

La déviation porte surtout sur les index et les médius ; les index sont recourbés vers le bord cubital de la main ainsi que le médius droit. Le médius et l'annulaire gauches sont dirigés du côté du radius.

Il n'y a pas actuellement d'hydarthrose au niveau des jointures malades.

Les extrémités osseuses des doigts sont gonflées et un relief osseux arrondi, de la grosseur d'un grain de chènevis se trouve sur la face dorsale de la seconde phalange de la plupart des doigts.

Poignets et coudes. — Rien d'anormal dans ces articulations

Dans les épaules il n'y a ni craquements ni déformation ; tous les mouvements sont parfaitement effectués.

Colonne vertébrale. — Pas de déviation, ni de déformations, pas de douleurs à la pression sur les régions dorsale et lombaire ; à la région cervicale un peu de raideur dans les mouvements de latéralité, mais la flexion et l'extension forcées sont complètes.

L'articulation sterno-claviculaire et la temporo-maxillaire sont saines et n'ont jamais été atteintes.

Membres inférieurs. — Voûte plantaire normale aux deux pieds. Les trois premiers orteils sont bien conformés ; pour les deux derniers les lésions sont symétriques, les quatrièmes orteils sortent du rang et sont rejetés un peu en dehors sur le

cinquième, aussi l'enfant dit-elle qu'elle est gênée pour la marche.

Les extrémités osseuses ne sont pas augmentées de volume.

L'articulation tibio-tarsienne est saine de part et d'autre.

L'enfant a ressenti des douleurs dans les mollets mais qui ont disparu aujourd'hui, aucun autre groupe musculaire n'a été douloureux.

Genoux et hanches. — Configuration normale ; quelques légers craquements dans les genoux ; rien dans les hanches.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien et n'ont jamais été troublées depuis le début de la maladie.

Rien aux poumons ni au cœur.

Urines normales.

Pas de traces de scrofules, ni de rachitisme.

On donne iodure potassium et solution arsénicale.

A la fin de novembre les parents retirent l'enfant sans qu'il se soit produit aucun changement dans son état, après un mois seulement de traitement.

OBSERVATION III (INÉDITE)

Recueillie dans le service de M. le Prof. Grancher et communiquée par M. Louis GUINON, interne du service.

Marie A..., âgée de 9 ans, est entrée salle Ste-Catherine, lit n° 3, le 25 novembre 1887-

Antécédents héréditaires. Père mort de variole ; n'a jamais eu de rhumatismes, mère bien portante, pas rhumatisante.

Une sœur de la malade est morte dans le courant d'une affection rhumatismale aiguë.

Trois enfants bien portants.

Pas d'autres antécédents notables.

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon par une nourrice, a marché tard ; la mère ne peut préciser à quel âge.

A trois ans elle aurait eu la variole, mais c'est douteux car on n'en trouve nulle trace.

A cinq ans et demi, eczéma du cuir chevelu.

Pas d'autres maladies.

Jamais de douleurs articulaires.

L'enfant habite avec la mère un appartement au premier étage qui est très humide parce qu'à la maison est adossé un lavoir. Les murs suintent, les papiers se détachent, dit la mère, le lit de l'enfant est toujours tout moisi.

Vers la fin de décembre 1886, l'enfant était triste; son appétit diminuait, elle remuait difficilement sans pour cela accuser de douleurs localisées. La mère s'aperçut alors du gonflement des articulations des doigts et des poignets.

La marche n'était nullement gênée.

Quelques jours après l'enfant se plaignait de douleurs dans le genou et la marche devint difficile.

Enfin depuis deux mois la mère a remarqué que les mouvements des bras étaient limités.

Amaigrissement notable depuis quatre mois.

Jamais l'enfant n'a éprouvé de douleurs très aiguës.

On lui a fait prendre pendant tout l'hiver de l'huile de foie de morue et du sirop de phosphate de chaux.

État actuel. — Enfant amaigrie; aux téguments bruns. L'intelligence est peu développée.

Rien d'anormal dans l'articulation temporo-maxillaire; les mouvements y sont libres et étendus.

Membres supérieurs. — Quelques craquements dans les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius gauches ainsi que dans celles de l'index et de l'annulaire droits.

Augmentation de volume de toutes les extrémités articulaires des premières et deuxième phalanges rappelant les nodosités de Bouchard. Craquements légers en ces points.

Ces déformations ne sont pas accompagnées de déviations.

Pas de liquide dans les articulations.

Légère atrophie des muscles des mains des deux côtés.

Poignets. — Très tuméfiés tous deux ; hydarthrose au niveau de l'interligne articulaire plus marquée à droite qu'à gauche. La synoviale fait une saillie au-dessus de l'apophyse styloïde du médus droit.

Pas de saillies osseuses.

Mouvements de flexion intacts.

Mouvements d'extension possibles mais gênés.

Coudes. — L'extension du coude droit est impossible ; il est vrai que l'enfant prétend être tombée sur ce coude qui cependant ne présente aucune trace de traumatisme.

La flexion est normale.

Au devant de l'articulation on trouve une tuméfaction du volume d'une noisette, mobile, roulant sous le doigt et qui semble, vu le siège qu'elle occupe être le fait d'une levure de la synoviale.

Les muscles du bras et de l'avant-bras sont peu développés.

Dans le coude gauche l'extension complète ne peut être obtenue bien qu'il n'y ait jamais eu de traumatisme de ce côté.

La flexion est normale.

Épaules. — A droite craquements articulaires, mouvements possibles, mais un peu de raideur.

Rien à gauche.

Colonne vertébrale. — Ni déformation ; ni douleur, ni gêne.

Les mouvements de la tête s'effectuent bien.

L'extrémité interne de la clavicule gauche est plus volumineuse que du côté droit.

Membres inférieurs. — Les muscles sont atrophés.

Les orteils ne sont ni déviés ni déformés ; dans le premier et le deuxième orteils gauches on perçoit des craquements.

De même aussi dans les articulations tibio-tarsiennes qui sont gonflées au-dessus des malléoles surtout du côté gauche.

Les mouvements sont pénibles.

Genoux. — Le gauche est globuleux, augmenté de volume et contient du liquide. L'extension et la flexion sont incomplètes dans les deux. Craquements à droite.

Genou droit mesure 22 cent.

Genou gauche — 23 1/2.

Hanche. — Rien à noter.

Marche. — La marche est spéciale. Les deux genoux se touchent et sont à demi fléchis ; la jambe droite est dirigée obliquement en dehors ; l'épine iliaque gauche est abaissée. Il y a une ensellure lombaire très prononcée. Les membres supérieurs sont collés le long du corps. C'est dans cette attitude que l'enfant marche en se dandinant.

Le cœur et les poumons sont sains.

Mai 1888. L'enfant a été améliorée par l'huile de foie de morue ; l'appétit est meilleur.

La marche est beaucoup moins défectueuse.

Aucune douleur spontanée ni pendant la marche ni au repos. Cependant l'examen des articulations ne révèle pas de modification favorable ; toutes les petites jointures (mains, artic. sterno-clavic.) et dans quelques grosses (épaules, poignets, cou-de-pied) il existe un fort épanchement.

Dans toutes il se manifeste par la dilatation d'un cul-de-sac, d'un prolongement dans lequel on trouve franchement la fluctuation ; mais la tension y est plus forte.

L'amaigrissement et l'atrophie sont considérables.

Cette coloration brune de la peau que nous avons signalée plus haut s'est éclaircie.

Les têtes osseuses sont très augmentées. En somme s'il y a disparition des douleurs et amélioration de la marche l'affection n'a nullement rétrocedé.

Août 1888. Pas de douleurs. L'amélioration persiste en ce qui concerne les mouvements mais les articulations sont toujours gonflées.

L'enfant mange bien, on lui fait prendre de l'iodure de potassium et de la teinture d'iode.

Elle quitte le service et est envoyée à l'hôpital de Forges. En consultant le bulletin mensuel de santé de Forges au sujet de cette enfant nous y trouvons ce renseignement à la date du 12 novembre 1888 :

Rhumatisme nouveau ; marche pénible : déformations articulaires ; petite santé générale.

Enfin le 12 décembre 1888 le bulletin porte : déformations digitales ; pas de douleurs articulaires ; amélioration.

OBSERVATION IV (INÉDITE)

Communiquée par M. le Prof. Grancher.

Lebélec Virginie, âgée de 10 ans, est entrée le 21 juillet 1886 salle Ste-Catherine, lit 17, dans le service de M. le Prof. Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Sa mère n'a pas de déformations des mains, elle n'est pas rhumatisante. Le père aurait eu des rhumatismes sans déformation des doigts.

Antécédents personnels. — Née à Paris ; élevée au biberon par une nourrice à Tonnerre, elle y est restée jusqu'à 6 ans.

A eu deux frères et quatre sœurs, les uns plus âgés, les autres plus jeunes qu'elle, et qui sont tous morts, dont un à la suite de convulsions.

Pendant qu'elle était chez sa nourrice, l'enfant restait dehors toute la journée occupée à garder les oies.

Elle habitait au rez-de-chaussée une chambre humide et couchait dans un lit voisin d'une muraille sur laquelle l'eau coulait. L'enfant avait une sensation constante de froid humide qui la tenait longtemps éveillée dans son lit.

Vers l'âge de 6 ans, en 1882, pendant l'hiver, à un moment où il faisait particulièrement froid, l'enfant éprouva pendant un mois des douleurs vagues ; puis un matin elle ne put se lever à cause d'une douleur vive dans les poignets accompagnée d'enflure, en même temps elle avait un torticolis.

Un médecin appelé porta le diagnostic rhumatisme, et ordonna un vomitif ; deux jours après l'enfant était ramenée à Paris.

Les douleurs et l'enflure avaient gagné les mains ; quelques jours après les pieds et les genoux sont enflés.

Plusieurs médecins sont appelés successivement ; le traitement consiste dans l'enveloppement des jointures avec de la ouate imbibée de baume tranquille et de laudanum. Comme traitement interne on donne huile de foie de morue, goudron, fer, huile de ricin et vin de gentiane.

L'enfant resta plusieurs semaines au lit avec des douleurs dans les jointures atteintes quoique le gonflement des parties molles eût diminué. On s'aperçut alors que les extrémités osseuses articulaires avaient augmenté de volume.

L'enfant ne pouvait ni manger, ni marcher seule. Au bout de quelque temps elle se leva sans toutefois pouvoir reprendre la vie des enfants de son âge ; c'était en 1883. Elle était logée rue Oberkampf au deuxième étage dans une chambre non humide : on lui faisait des badigeonnages de teinture d'iode sur les articulations. Les mouvements revinrent peu à peu mais incomplètement ; les saillies des extrémités osseuses diminuèrent.

L'enfant recommençait à jouer avec ses camarades lorsqu'à la suite d'un refroidissement et d'une chute elle fut reprise de douleurs généralisées à presque toutes les jointures. On l'emmène alors à l'hôpital où elle fut admise dans le service de M. Jules Simon. Elle prit la rougeole dans le service mais pendant l'évolution de cette maladie aucune modification ne se produisit dans l'état de ses jointures. Au bout d'un mois, après un traitement consistant en sirop d'iodure de fer et badigeonnages de teinture d'iode, elle quitta l'hôpital.

En 1885 elle passa quelque temps dans un orphelinat pour entrer ensuite à Ste-Eugénie ; là le traitement consista en bains de sable chaud, salicylate de soude et bromure de potassium. Quand elle avait pris du salicylate des bourdonnements d'oreille l'empêchaient de dormir.

Après un mois de séjour à l'hôpital elle revint à l'orphelinat où on lui donna en même temps que de l'huile de foie de morue une nourriture très substantielle. Les douleurs étaient plus rares et moins fortes, mais les déformations augmentaient.

L'enfant ayant subi un nouveau refroidissement dans son lit

où elle était insuffisamment couverte vit ses douleurs se réveiller un matin avec une extrême violence, ce qui décida les parents à l'amener à l'hôpital des Enfants-Malades où elle fut admise le 21 juillet 1886.

État actuel. — Cette petite fille est de taille moyenne, maigre, au teint pâle, ses cheveux sont blonds et les yeux bleus, la peau est fine et très riche en réseaux veineux. Il n'y a pas d'adénopathie notable, elle n'a jamais eu de maux d'yeux ni d'oreilles. La lèvre supérieure est un peu épaisse, le nez large et aplati; la dentition est mauvaise. Elle tient la tête un peu inclinée sur la poitrine par suite d'une certaine raideur de la nuque; l'extension de la tête spontanée ou provoquée est douloureuse.

Cette raideur est évidemment due à l'ankylose partielle des dernières vertèbres cervicales qui ne sont pas douloureuses à la pression, mais à ce niveau la peau épaisse, lisse et tendue se plisse difficilement.

Pas de douleurs le long de la région dorsale ni lombaire qui ont conservé toute leur mobilité normale.

Pas de douleurs ni de déformations des articulations des épaules et des clavicules; la douleur n'apparaît qu'avec les mouvements qui sont limités surtout quand on cherche à provoquer les grands mouvements de rotation sur place; on perçoit alors des craquements intra-articulaires.

Pas d'atrophie des muscles de l'épaule ni du thorax qui bien qu'étroit est régulièrement conformé.

Le ventre est un peu ballonné mais souple.

Les mouvements du coude sont limités surtout du côté de l'extension; douleur légère au palper. Mais cette augmentation de volume doit être encore ici attribuée en partie à une hydarthrose légère qu'atteste la fluctuation.

Les deux derniers segments des doigts ont subi des déviations permanentes qui consistent d'une part en une incurvation vers l'axe de la main (particulièrement accusée pour l'annulaire et l'auriculaire) et d'autre part en une flexion vers la

paume de la main qui tend à donner aux doigts l'apparence de griffes. Les phalangettes sont en flexion encore peu accusée sur les phalanges.

Les articulations phalangino-phalangettiennes sont très renflées particulièrement saillantes sur la face dorsale. Elles sont atteintes aussi d'hyarthrose légère et leur déformation s'éloigne notablement du type d'Héberden sauf à l'index gauche où il existe quelque analogie.

Entre ces deux sortes de déformation on peut relever toutefois cette différence que les deux saillies latérales de la face dorsale qui dans la nodosité d'Héberden sont constituées par des reliefs osseux, piriformes latéraux, paraissent ici dus principalement au boursofflement de la synoviale sur les parties latérales du tendon extenseur.

Pas de dystrophie des ongles.

La force musculaire est modérée, et à peu près égale à droite et à gauche.

Membres inférieurs. — Un peu d'atrophie des muscles antérieurs inférieurs des cuisses. Le genou droit est un peu plus volumineux que le gauche.

Mouvements spontanés et communiqués faciles.

Pas de craquements articulaires.

En revanche l'extrémité inférieure des deux avant-bras est très amaigrie et les muscles très atrophiés particulièrement à gauche, les épiphyses radiale et cubitale font une saillie très apparente.

Les articulations radio-carpiennes sont épaissies dans tous leurs diamètres. L'examen attentif n'y révèle pas de stalactites osseuses, mais au niveau de l'interligne articulaire on perçoit une fluctuation très nette qui permet d'affirmer que la synoviale est distendue par un léger degré d'hyarthrose; en ce point la peau est comme collée sur le squelette.

La flexion est plus étendue que l'extension mais toutes deux sont notablement moindres que normalement.

Pas de douleurs actuellement.

Les os du carpe, surtout le trapèze et le trapézoïde forment des saillies plus accusées que chez les sujets sains ; les tendons se dessinent en relief dans la région métacarpienne.

Mains. — Il y a diminution des masses musculaires de l'hypothenar et surtout du thenar ; les interosseux dorsaux sont atrophiés.

Les téguments de la face dorsale de la main paraissent avoir subi un léger degré de troubles trophiques : peau luisante, sèche légèrement pityriasique, sillonnée de veines nombreuses. A la face palmaire au contraire la peau est rosée, elle est ordinairement moite et froide ; l'enfant a d'ailleurs des sueurs faciles au moindre exercice.

Les articulations métacarpo-phalangiennes forment des saillies très accentuées ; épaissement notable dans tous les diamètres non seulement par gonflement osseux, mais par hydarthrose sensible de toutes ces jointures à la palpation ; pas de stalactites osseuses.

Les articulations phalango-phalangiennes sont, elles aussi, épaissies dans tous leurs diamètres, mais surtout dans le sens antéro-postérieur.

Il n'y a pas de doute sur la tuméfaction des extrémités osseuses.

Les muscles des mollets sont très amaigris.

Rien aux articulations tibio-tarsiennes ni à celles des orteils qui sont un peu en marteau. L'articulation du premier métatarsien avec le gros orteil est un peu plus grosse que normalement.

Les réflexes tendineux des genoux sont conservés.

Rien aux poumons.

Cœur normal ; palpitations faciles à la course.

Pas de dilatation de l'estomac ; fonctions digestives bonnes.

Depuis que l'enfant est dans le service, les douleurs se sont calmées, l'état général est satisfaisant.

En somme, amélioration évidente au point de vue des mouvements depuis l'arrivée. Aujourd'hui l'enfant tricote, joue avec ses camarades et peut même courir.

Le traitement n'a consisté qu'en une bonne hygiène et de l'huile de foie de morue.

Le 17 juin 1887 la malade est envoyée à l'hôpital maritime de Berk-sur-Mer.

Nous avons consulté le bulletin de santé de Berk et nous trouvons qu'en juillet 1887, l'état n'a pas changé ; en octobre et novembre le bulletin porte une amélioration très notable et à la date du 10 janvier 1888 nous voyons que l'enfant est renvoyée à Paris avec cette note : Guérie.

OBSERVATION V

Publiée par P. WAGNER dans le *Münchener med. Wochenschrift* du 20 mars 1888.

Berthe B., âgée de 12 ans, est entrée dans mon service à l'hôpital le 16 décembre 1883.

Antécédents héréditaires. — Son père est bien portant, la mère est morte en couches il y a 6 mois. Quatre frères et sœurs bien portants. On ne trouve pas de traces de rhumatisme dans la famille.

Antécédents personnels. — Cette enfant a eu la rougeole étant plus jeune ; à part cela elle s'est toujours bien portée et n'a jamais souffert de rhumatisme articulaire aigu.

Vers la fin de 1882, elle avait alors onze ans, elle tomba malade sans qu'on pût attribuer son état à aucune cause connue. L'enfant se plaignait de douleurs vives dans les articulations des genoux et en même temps on vit se développer un léger gonflement dans ces jointures. Peu à peu et successivement les articulations des épaules, des mains et des hanches se prirent aussi.

Les soins donnés à la malade dans sa famille et par des médecins n'amènèrent aucun changement dans son état.

État actuel. — Jeune fille, grande, maigre, de constitution faible.

Température, pouls, respiration sont normaux.

Rien de spécial à noter du côté de la tête.

Le cou est long et sur le côté droit on trouve des ganglions assez volumineux.

L'examen des organes de la poitrine ne révèle rien d'anormal pour les poumons ni le cœur.

L'abdomen est un peu gros et ballonné, mais non douloureux ; le foie ni la rate ne paraissent pas modifiés dans leur volume.

Les urines sont normales.

État des articulations. — Les affections articulaires que nous allons décrire s'étendent aux articulations des deux épaules, des coudes, des mains, des genoux et des pieds

Elles paraissent toutes plus ou moins enflées, mais c'est surtout les extrémités osseuses qui sont épaissies. Il n'y a pas d'hyarthrose et on ne perçoit pas non plus de craquements.

Dans toutes, les mouvements sont gênés, l'enfant tient ses genoux un peu fléchis ; on arrive difficilement à l'extension complète et encore c'en est qu'au prix de vives douleurs qui sont plus prononcées lorsque la malade veut marcher.

Les articulations des doigts sont grosses par suite de l'épaississement des phalanges, les articulations métacarpo-phalangiennes des pouces sont dans le même état, ajoutons que sur tous les points malades la peau a gardé son aspect ordinaire.

Les articulations des coudes et des genoux sont très gonflées ce qui donne aux membres un aspect fusiforme.

Le traitement va consister en bains, sudation, électrisation et massage ; à l'intérieur on donnera de l'arsenic.

15 janvier 1884. Les mouvements des bras et des mains sont beaucoup plus amples qu'au début ; à part cela les articulations sont restées dans le même état ; dans quelques-unes on perçoit des craquements.

Les muscles des jambes sont très atrophiés ; leur excitabilité est normale et les réflexes tendineux sont conservés.

Depuis quelques jours et pour la première fois est apparu un peu de raideur dans les deux articulations temporo-maxillaires.

La colonne vertébrale est partout complètement libre.

L'état général de l'enfant est du reste excellent.

21 avril. Amélioration très notable du genou droit et de quelques petites articulations ; les mouvements sont beaucoup plus faciles, ils ne réveillent pas de douleurs mais le gonflement des extrémités osseuses est resté stationnaire.

10 septembre. L'enfant est partie pour Kostritz afin d'être soumise à un traitement par les bains de sable, nous ne connaissons pas encore l'effet de cette cure.

OBSERVATION VI

Publiée par M. DALLY dans le *Journal de Thérapeutique*.

F..., âgé de 16 ans, est né de parents Écossais, remarquables par leur vigueur, leur haute taille et leur longévité, sur les bords du lac Ontario (Canada). Sa mère est morte trois années après sa naissance de phtisie galopante, son grand-père paternel centenaire a été affecté dans les dernières années de sa vie de rhumatisme articulaire qui, d'après les renseignements recueillis, pourrait appartenir à la même catégorie que celui que nous allons décrire. L'enfance de Frédéric fut extrêmement chétive sans offrir de maladie déterminée. A 7 ans, il fut atteint d'un « croup » qui paraît avoir été de l'angine striduleuse. Trois mois plus tard, il fut pris brusquement d'une douleur violente au pouce de la main droite : cette douleur qui lui faisait pousser des cris jour et nuit, s'étendait aux petites articulations des pieds et des mains, et quelques jours plus tard il fut pris, au milieu de la nuit, de fièvre et de délire. Les médecins reconnurent que le cœur était atteint, et une auscultation minutieuse révéla effectivement un souffle légèrement rugueux au second temps. Ce fait contredit l'opinion de Garrod sur l'absence de lésions cardiaques dans le rhumatisme nouveau, et confirme les vues de Charcot sur la nature de cette affection. Cependant le

malade se rétablit au bout de quelques semaines pendant lesquelles il fut souvent entre la vie et la mort.

Entre temps, des accidents nerveux assez graves se produisirent, notamment des crampes et des contractures de presque tous les muscles. Depuis lors, les articulations continuèrent à se déformer malgré les nombreux traitements subis par le malade, mais les douleurs cessèrent peu à peu pour disparaître complètement. Le jeune malade après avoir pris l'avis de plusieurs médecins vint à Paris il y a deux mois et M. le Dr Mac-Gavin voulut bien m'en confier le traitement.

Lors de notre premier examen le jeune F... marchait difficilement ; il détachait avec peine le coude du tronc et il étendait fort incomplètement l'avant-bras sur le bras. Cependant il se servait assez volontiers de la main droite qui conservait un certain nombre de mouvements ; la main gauche au contraire offre un poignet à peu près immobile : les premières phalanges sont luxées en extension, tandis que les secondes sont immobiles dans la flexion forcée. La main gauche ne servait guère dans ces conditions d'organe de préhension mais seulement de point d'appui à la droite. L'hypertrophie musculaire est extrême, quoique aucun muscle ne fasse absolument défaut, aucune articulation n'a échappé au mal, aucune n'offre toute l'étendue de ses mouvements normaux.

Mais ce sont particulièrement les doigts et les orteils qui sont déformés.

La santé générale de l'enfant est assez satisfaisante ; de l'esoufflement, une fatigue qui survient rapidement, un grand découragement qui coïncide avec une parfaite conscience de l' incurabilité et une intelligence très vive.

Rien à citer au sujet des viscères abdominaux.

Dans ces conditions nous continuons à soumettre l'enfant à des sudations, à l'hydrothérapie, à des mouvements imprimés, à des manipulations et à des courants continus. Depuis deux mois ces divers modes de traitement ont été appliqués avec une intensité croissante sans avoir déterminé jamais aucun accident

et en améliorant dans une large mesure la santé générale et les accidents locaux.

Mon jeune malade a recouvré beaucoup de mouvements ; ceux de la colonne vertébrale, ceux des épaules, ceux des poignets et une petite partie de ceux des doigts ; j'ai la conviction que soumis à cette pratique pendant plusieurs mois il récupérera presque toutes ses facultés locomotrices.

Après chaque séance d'électrisation je trouvais les membres sensiblement plus souples.

En résumé, rhumatisme noueux chez un enfant de 7 ans, déformations classiques ; traitement combiné par les sudations, les mouvements communiqués, la gymnastique, les courants continus. État voisin de la guérison pour les grandes jointures, amélioration sensible des petites ; résultats obtenus en deux mois de traitement.

CONCLUSIONS

Le rhumatisme chronique, plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, a été constaté à partir de l'âge de deux ans.

Il est beaucoup plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

Dans son étiologie, on ne trouve pas que l'hérédité soit bien nettement établie. Il coïncide au contraire toujours avec une vie de misère et de privations ; les enfants ont été mal nourris ou ont vécu dans des logements humides.

La maladie est très rare dans les classes aisées.

Il peut débiter par des allures subaiguës, le plus souvent il est chronique d'emblée.

Les symptômes et la marche du rhumatisme chronique de l'enfance sont les mêmes que pour l'adulte ou le vieillard, mais ils ont une intensité toujours beaucoup moindre.

De toutes les formes de rhumatisme chronique, on n'a encore signalé chez l'enfant que la forme articulaire chronique progressive.

Les complications viscérales notées chez l'adulte font ici presque toujours défaut.

Le pronostic est moins sérieux dans le jeune âge que

plus tard, puisqu'on n'a pas rapporté un seul cas de mort survenue dans le cours de la maladie qui cède le plus ordinairement au traitement.

A la thérapeutique que nous avons indiquée, il faut joindre les mesures hygiéniques qui donnent dans ces cas les meilleurs résultats.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Trastour.** — *Le rhumatisme goutteux chez la femme.* Th., Paris, 1853.
- Vidal.** — *Consid. sur le rhum. art. chr. primitif.* Th., Paris, 1855.
- Chauffard.** — *Parallèle de la goutte et du rhumatisme.* Th. d'agrégation, Paris, 1857.
- Plaisance.** — *Le rhumatisme articulaire chron.* Th., Paris, 1858.
- Cornil.** — *Mém. sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme chronique.* Société de biologie, 1864.
- Bouchut.** — Union médicale, 1865.
- Vergely.** — *Essai sur l'anat. path. du rhum. art. chronique primitif.* Th., Paris, 1866.
- Malherbe.** — *Affections viscérales dans la goutte et le rhumatisme.* Th., Paris, 1866.
- Chéron.** — *Traitement du rhum. art. chronique par l'électricité,* in *Gazette des hôpitaux*, n° 150 et suiv., 1869.
- Picot.** — *Rhum. art. aigu chez l'enfant.* Th., Paris, 1872.
- Gueneau de Mussy.** — *Leçons sur le traitement du rh. ch.,* in *Gazette des hôpitaux*, janv., fév. 1873.
- Charcot.** — *Leçons sur les maladies des vieillards,* 1874.
- Blum.** — *Arthropathies d'origine nerveuse.* Th. d'agrégation, Paris, 1875.
- Besnier.** — Article *Rhumatisme.* Dict. Encycl. des sc. méd., Paris, 1876.
- Stoïcesco.** — *Le rhum. art. chronique dans l'enfance.* Progrès médical, 1876, n° du 15 avril.
- Dally.** — *Rhumatisme nouveau chez l'enfant.* Journal de thérapeutique, 15 juillet 1877.
- Moncorvo.** — *Rhumatisme nouveau chez les enfants,* 1878. Traduit par Mauriac, 1880.
- Peters.** — Berl. Klin. Wochens. Janv. 1879. *Des influences climatiques sur le rhum. chr.*
- British medical Journal, 1^{er} mars 1879; *Rhum. nouveau au point de vue clinique.*
- Homolle.** — Article *Rhumatisme.* Dict. de méd. et de chir. pratiques, Paris, 1880.
- Compagnon.** — *Salicylate de soude dans le rhum. nouveau.* Th., Paris, 1880.

- Joffroy.** — *Traité de certaines arthropathies par l'électricité*, in Arch. génér. de méd., 1881.
- Méricamp.** — *Des atrophies syphilitiques*. Th., Paris, 1882.
- Lacaze-Dori.** — *Etude clinique sur le rhumatisme nouveau chez les enfants*. Th., Paris, 1882.
- Lasègue.** — *Etudes médicales*. Tome II.
Nervous origin. of chron. rheum., in Medical News du 17 nov. 1883.
- J. Simon.** — *Traité du rhum. chronique chez l'enfant*. Progrès médical, 1883, p. 648.
- Bury.** — *Rhumatisme chez les enfants*, in Brit. Med. Journ. London, p. 516, année 1883.
- Mathieu.** — *Contr. à l'étude du rhumatisme chronique chez les sujets jeunes*. Th., Paris, 1884.
- Money.** — *Rhumatisme chez l'enfant*, in The Lancet, 1886.
- Trastour.** — *Le mouvement malgré la douleur dans le rh. art. chron.*, in Semaine médicale, 1886, p. 442.
- Ripoteau.** — *Traumatisme et rhumatisme*. Th., Bordeaux, 1887.
- Renault.** — *Hygiène des arthritiques*. Revue de clin. et de thérap., 16 août 1887.
- Deligny.** — *L'arthritisme dans l'enfance*. Journ. de méd. de Paris, 13 et 20 fév. 1887.
- Mollière.** — *Arthrite chron. du genou*. Revue de clin. et thérap., p. 513, 1887.
- Day.** — *Un cas de rhum. chronique*, in The Lancet, p. 408, 1887.
- Grancher.** — *Du rhum. cervical chez l'enfant*. Bulletin médical 4 mars 1888.
- Wagner.** — *Ueber rheumatismus chron. und arthritis deformans*, im kindesalter Münchener med. Wochenschrift, mars 1888.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,

GRANCHER

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.